



CIUDAD DE DURHAM  
DEPARTAMENTO DE PARQUES Y RECREACIÓN



# APLICACIÓN DEL PROGRAMA “FEE WAIVER” (ELIMINACIÓN DE PAGO)

**PARA USO OFICIAL DE DPR**

El personal que recibe la solicitud debe verificar que todas la áreas hayan sido completadas por el solicitante y que este legible.  
Recibido por un empleado de DPR: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Solicitud y Elegibilidad:** Todos los solicitantes deben de llenar la solicitud en su totalidad para ser considerado en la eliminación de pago. El Departamento de Parques y Recreación proveerá asistencia a los solicitantes que no puedan llenar la misma. Su solicitud expira al año de su aprobación, en cuyo momento deberá renovar su solicitud para la eliminación de pago. Usted puede actualizar su solicitud si hay cambios en sus beneficios de asistencia pública. Lea con cuidado lo siguiente, antes de llenar la solicitud.

**Aprobación:** La aprobación está basada en la información revisada y evaluada por el Departamento de Servicios Sociales del Condado de Durham (DCDSS).

**Confidencialidad:** Todas las solicitudes, para la eliminación de pago, son documentos públicos disponibles a cualquiera persona que desee verlos. Sin embargo, mientras no sea solicitado, serán mantenidos en estricta confidencialidad por el Departamento de Parques y Recreación.

**Registración:** Esta solicitud no es para reemplazar el proceso de registración. Usted deberá llenar una solicitud por separado, para cada programa o actividades que usted desee registrarse.

**Usted recibirá una respuesta al correo electrónico que usted sometió en su solicitud para el Programa de Eliminación de Pago, informando si ha sido aprobada o no aprobada. Si necesita más información, usted puede comunicarse con Parques y Recreación de Durham al teléfono: 919.560.4355.**

**Escriba Claro su información (LENE LOS ESPACIOS)**      Solicitud Nueva                       Renovación

Nombre del solicitante \_\_\_\_\_

Dirección física: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código Postal \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Teléfono (Trabajo) \_\_\_\_\_ (Casa) \_\_\_\_\_ (Celular) \_\_\_\_\_

Con su firma usted indica que la información provista, a su mejor conocimiento, es correcta y usted autoriza al Departamento de Parques y Recreación de Durham a verificar la misma con el Departamento de Servicios Sociales del Condado de Durham.

FIRMA

FECHA

Envíe su Solicitud de Eliminación de Pago al:  
Departamento de Parques y Recreación de Durham  
Atención: Servicios Administrativos  
101 City Hall Plaza  
Durham, NC 27701

Entregar la solicitud en persona:  
Oficina Administrativa de Parques y Recreación  
Localizado en: 400 Cleveland St., Durham, NC  
Puede también entregarlo en:  
cualquier Centro de Recreación de DPR  
Info. Centros: [www.DPRPlayMore.org](http://www.DPRPlayMore.org)

**PARA USO OFICIAL DE DPR**

Fecha enviada por correo al solicitante \_\_\_\_\_

Aprobada:  No Aprobada:



CIUDAD DE DURHAM  
DEPARTAMENTO DE PARQUES Y RECREACIÓN



## APLICACIÓN DEL PROGRAMA “FEE WAIVER” (ELIMINACIÓN DE PAGO)

**Memo al :** Departamento de Servicios Sociales del Condado de Durham  
**Atención :** Deatrice Elliott  
**Del :** Departamento de Parques y Recreación de Durham  
**Asunto :** Verificación del proceso de la Asistencia Pública

Con mi firma autorizo al Departamento de Parques y Recreación de la Ciudad de Durham a verificar con el Departamento de Servicios Sociales del Condado de Durham como recipiente de asistencia pública, y autorizo al Departamento de Servicios Sociales del Condado de Durham a proporcionar mi información relacionada a mi posición como beneficiario de asistencia pública. El Departamento de Servicios Sociales está autorizado a proveer información específicamente en las siguientes categorías.

**Indique todos los tipos de asistencia o servicios que usted recibe del Departamento de Servicios Sociales del Condado de Durham.**

	Tipo de Asistencia	Para Uso Oficial de DCDSS Verificado por DCDSS
<input type="checkbox"/>	"Welfare" cheque mensual - (monthly check)	
<input type="checkbox"/>	"Food Stamps" - Cupones para alimentos (estampillas)	
<input type="checkbox"/>	"Counseling" - Consejería	
<input type="checkbox"/>	"Medicare" - "Medicaid"	
<input type="checkbox"/>	Otros Servicios adicionales al: "Welfare, Food Stamps or Medical"	
<b>PARA USO OFICIAL DE DCDSS</b>		
Día que se verificó: _____ Inicial del personal de DSS _____		

Esta autorización provista, bajo el entendimiento de la divulgación de esta información es regida por estatutos y regulaciones estatales y federales y que la publicación de tal información es una infracción criminal. Consecuentemente, esta autorización se limita a la información necesaria para determinar mi elegibilidad para los servicios ofrecidos por el Departamento de Parques y Recreación de la Ciudad de Durham y sólo, será manejada por personal asignado para hacer dicha determinación. Esta información es dada por voluntad propia y no bajo presión de cualquier tipo.

En el día \_\_\_ de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_. Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_

**FAVOR DE ESCRIBIR CLARO LAS ÁREAS REQUERIDAS Y COMPLETE LA INFORMACIÓN SOLICITADA DE CADA MIEMBRO DE SU FAMILIA.**

	Nombre y Apellido	# Seguro Social Los último 4 números solamente	Sexo (M/F)	Fecha de Nacimiento
<b>Solicitante:</b>		XXX-XX-____		
<b>Dependiente:</b>		XXX-XX-____		

**PARA USO OFICIAL DE DPR**  
 Sometido por: \_\_\_\_\_ Posición: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_